



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3397/2008

ATAS/1191/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 21 octobre 2008

En la cause

Monsieur Michel MEGARD, domicilié av. du Gos-Chêne 34, 1213
ONEX

recourant

contre

ASSURA, Assurance maladie et accident, sise avenue C.-F. Ramuz
70, 1009 PULLY

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur Michel MEGARD est affilié auprès de ASSURA (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal).
2. Par courrier du 17 novembre 2007, l'assuré a informé la caisse-maladie qu'il entendait résilier son contrat d'assurance au 31 décembre 2007, étant précisé qu' "aucune nouvelle attestation d'assurance ne vous parviendra, malgré les dispositions légales".
3. Le 21 février 2008, la caisse-maladie a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 2'619 fr., représentant les primes d'assurance dues de janvier à décembre 2008.
4. Un rappel a été adressé à l'assuré le 31 mars 2008. Un commandement de payer (poursuite N° 08 784944 X) lui a été notifié le 25 juin 2008, auquel l'assuré a formé opposition.
5. Par décision du 30 juillet 2008, la caisse-maladie a levé l'opposition à hauteur d'un montant de 2'719 fr., frais administratifs compris.
6. L'assuré a formé opposition le 2 août 2008 à ladite décision. Il rappelle à cet égard qu'il a résilié le contrat d'assurance le 17 novembre 2007.
7. Par décision du 8 septembre 2008, la caisse-maladie a rejeté l'opposition.
8. L'assuré a interjeté recours le 22 septembre 2008 contre ladite décision. Se référant à Ivan ILLICH, "Le renoncement à la santé", L'Agora juillet 1994, il revendique "la liberté de juger moi-même si je suis malade, la liberté de refuser à tout moment un traitement médical, la liberté de choisir moi-même un remède ou un traitement, la liberté d'être soigné par une personne de mon choix, c'est-à-dire par quiconque dans la communauté s'estime apte à guérir (...), la liberté de mourir sans diagnostic". Il reproche à l'assurance-maladie suisse de lui imposer de participer à un système de santé qui va à l'encontre des choix qu'il fait au quotidien et à ceux qu'il est déterminé à faire à l'avenir. Selon lui, le système de santé est devenu contre-productif, il ne s'agit plus seulement de payer pour quelque chose de partiellement inutile mais de collaborer à une entreprise nuisible par bien des aspects. Il se veut ainsi objecteur au système de santé et à sa composante caisse-maladie.
9. Dans sa réponse du 6 octobre 2008, la caisse-maladie rappelle la teneur des dispositions légales applicables, plus particulièrement les art. 3 et 7 al. 5 LAMal et fait valoir la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), selon laquelle les libertés constitutionnelles de croyance et de conscience ainsi que les libertés d'opinion et économique n'étaient pas violées par l'introduction de l'obligation de s'assurer. Elle conclut ainsi au rejet du recours.

10. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52 al. 2 LPGA).
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la mainlevée de l'opposition faite par le recourant au commandement de payer, poursuite N° 08 8784944 X, doit ou non être ordonnée.
5. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'ordonnance (OAMal), ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer.

En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas

partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. Il ne l'allègue d'ailleurs pas.

6. Le recourant rappelle qu'il a résilié son contrat d'assurance le 17 novembre 2007 avec effet au 31 décembre 2007. Il s'est cependant refusé à approcher une autre caisse-maladie. Or, aux termes de l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. C'est ainsi à juste titre, que la caisse-maladie lui a demandé de lui faire parvenir l'attestation d'admission du nouvel assureur afin de confirmer sa résiliation.

Ainsi, tant que l'intéressé ne prouvera pas qu'il a été admis par une nouvelle caisse-maladie, il restera assuré auprès de la caisse-maladie intimée, conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.

7. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 OAMal).

8. Le Tribunal de céans ne peut juger de la pertinence de l'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie. En effet, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a statué dans un recours similaire au cas d'espèce (ATFA du 5 septembre 2000 en la cause K 120/00), le Tribunal de céans est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 de la Constitution fédérale de la Confédération Suisse du 18.4.1999; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.).

Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP) ou par celle de la compensation (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4).

Il est incontestable, en l'espèce, que la caisse est en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes impayées, ainsi que pour les frais de sommation (ATF 125 V 276; art 15 et 17 des Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins de l'intimée). Quant au montant dû, il n'est, comme tel, pas contesté.

9. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

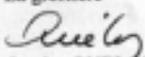
A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

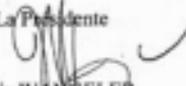
Au fond :

2. Le rejette.
3. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite N° 08 784944 X à concurrence de 2'719 fr., frais administratifs compris.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

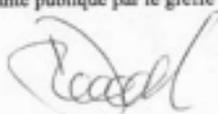
La greffière


Marie-Louise QUELOZ

La Présidente


Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

 24 OCT. 2008

